

Markku J. Leskinen

LT, osastonylilääkäri

Urologian yksikkö, Seinäjoen keskussairaala

Kroonisen eturauhas-tulehduksen eli lantion kiputilan lääkehoito

Kroonisen eturauhas-tulehduksen syy on pääosin tuntematon ja luultavasti monimuotoinen. Yksittäinen lääke tai hoitomuoto riittää vain harvoin, ja tavallisesti tarvitaan keskeisiin oireisiin suunnattua yhdistelmähoitoa. Alfasalpaajat ja 5-alfareduktaasin estäjät lievittävät oireita, ja trisykliset lääkkeet tehoavat yleensä hyvin kipuun.

Kroonisesta eturauhas-tulehduksesta olisi täsmällisempää käyttää nimitystä miehen krooninen lantion kiputila. Kuitenkin krooninen eturauhas-tulehdus on käytännön terminä vakiintunut.

Tyypillisiä oireita ovat lantion, alavatsan, välilihan ja nivusalueen kivut. Kipu on usein vaikeasti paikannettavissa ja säteilee sukupuolielimiin, reisien sisäpinnalle ja ristiselkään. Virtsaamisoireita, kuten tiheävirtsaisuutta, virtsaamis-pakkoa ja kirvelyä, esiintyy yli puolella potilaista. Kivulias siemensyöksy ja verinen siemenneste ovat myös yleisiä oireita. Kylmälle altistuminen tavallisesti pahentaa oireita. Oireistoa esiintyy noin 14 %:lla suomalaisista miehistä.

Lantion ja eturauhasen krooniseen kipuun ei tunneta parantavaa hoitoa, ja vain osa käytetyistä hoidoista perustuu kontrolloituun tutkimustietoon. Tyypillisesti kroonisen eturauhas-tulehduksen, kuten muidenkin kroonisten kiputilojen hoitoon, liittyy noin 30 %:n lumevaikutus hoitomenetelmästä riippumatta.

Syy on pääosin tuntematon

Vain pieni osa (noin 5 %) kroonisista eturauhas-tulehduksista on bakteerien aiheuttamia. Bakteerilöydös on tällöin

viljeltävissä siemennesteestä tai eturauhaseritteestä. Muutoin kroonisen lantiokivun etiologia on edelleen suurelta osin tuntematon ja luultavasti monimuotoinen. Tavanomaisilla bakteeriviljelyillä ja PCR-menetelmillä ei ole todettu eroja terveiden ja lantion kivusta kärsivien mikrobikasvustossa, joten mikrobiologia on epätodennäköinen. Rakon kaulan sulki-jan toiminnallinen avautumishäiriö tai rakon anatominen tyhjenez- misestä voivat aiheuttaa takaisin-virtausta ja kemiallista kudosärsytystä. Mekaaninen ja kemiallinen kudosärsy- tysten voivat edelleen käynnistää im- munologisia mekanismeja.

Riippumatta tulehdusprosessin laukaisijasta seurauksena on kudosturvotus, kudoksen heikentynyt hapensaanti ja tulehdusvälittäjain- neiden aiheuttamat kudosa-vauriot. Kroonistuvan oireen taustalla on neurogeeninen tulehdus, jossa jatkuva tulehdus herkistää syöttösolut ja aiheuttaa pysyvän häiriön kipua ai- stivien C-hermosäikeiden toiminnas- sa. Kuitenkin jopa 50 %:lla oireiden taustalla saattaa olla lantionpohjan lihasten toimintahäiriö tai peräaukon kohottajalihassyndrooman kaltainen kivulias lantionpohjan lihasjännitys (pelvic floor pain, PFPS).

Hoito valitaan oirekomponenttien perusteella

Yksittäinen lääke tai hoito riittää vain harvoin, eikä parantavaa hoitoa ole kuin bakteeriperäisen etiologian eturauhas-tulehduksiin. Oireen esiintyes- sä ensimmäistä kertaa tavoitteena on määrittää taudin tyyppi, ja valita hoi- to ensisijaisesti sen mukaan.

Kun kyse on kroonisista ja uusiutu- vista oireista, paras tulos saavutetaan kohdistama lla hoito pahimpiin oire- komponentteihin niin sanotun feno- tyypin määrityksen perusteella (**tau- lukko 1**). Hoito kannattaa kohdistaa aluksi kahteen tai kolmeen hallitse- vaan oirekomponenttiin ja muokata sitä myöhemmin vasteen mukaan.

Mikrobilääkkeet

Mikrobilääkkeet ovat yleisesti kuulu- neet ensilinjan hoitoihin eturauhas- tulehduksessa kiistanalaisesta näytös- tä huolimatta. Kroonisessa bakteerien aiheuttamassa eturauhas-tulehdukses- sa 4–8 viikon mikrobilääkehoito on itsestään selvä.

Kuitenkin myös muussa kuin baktee- riperäisessä tulehduksessa yli puolet potilaista hyötyy mikrobilääkekuu-

Taulukko 1. Hoitomenetelmän valinta hallitsevan oireen (fenotyypin) perusteella. Ensivaiheessa hoito kohdistetaan kahteen tai kolmeen hallitsevaan oirekomponenttiin.

Hallitseva oire	Suosittelava ensisijainen hoito
Virtsaamisoireet	<ul style="list-style-type: none"> • alfasalpaajat • 5-alfareduktaasin estäjät (jos suurentunut eturauhanen)
Kipu	<ul style="list-style-type: none"> • tulehduskipulääkkeet • kroonisen kivun lääkkeet (trisykliset masennuslääkkeet)
Infektio-oireet	<ul style="list-style-type: none"> • mikrobilääkkeet
Neurologiset ja yleisoireet	<ul style="list-style-type: none"> • masennuslääkkeet, neuroleptit • stressinhallinta
Muskuloskeetaaliset oireet	<ul style="list-style-type: none"> • kroonisen kivun lääkkeet (trisykliset masennuslääkkeet) • lihasrelaksantit • fysioterapia • stressinhallinta
Psykososiaaliset oireet	<ul style="list-style-type: none"> • psykoterapia • masennuslääkkeet, neuroleptit

rista avoimen seurantatutkimuksen perusteella. Monilla mikrobilääkkeillä, muun muassa kinoloneilla, on osoitettu esiintyvän sytokiinivälitteistä anti-inflammatorista vaikutusta, joka saattaa selittää niiden oireita lievittävän vaikutuksen.

Kipulääkkeet ja kipumodulaattorit

Tavanomaiset tulehduskipulääkkeet (NSAID) ovat ensilinjan hoitovaihtoehto. Ne lievittävät tulehdusreaktiota estämällä prostaglandiini- ja syklo-oksigenaasisynteesiä kudoksessa. Niiden käyttö perustuu puhtaasti kokemusperäiseen tietoon.

Amitriptyliini on todettu tehokkaaksi monissa kroonisissa kipuoireyhtymissä. Sen vaikutuksen neurogeeniseen tulehdukseen liittyvissä urologisissa kipuoireissa arvellaan liittyvän Na-kanava- ja histamiini-1-reseptoreiden salpaukseen sekä syöttösoluja stabiloivaan vaikutukseen. Lisäksi sillä on kohtalainen antikolinerginen vaikutus. Kontrolloituja tutkimuksia amitriptyliinin tehosta eturauhastulehduksessa ei ole, mutta sen teho on osoitettu kroonisessa kivussa ja kivuliasta tiheävirtaisuutta potevilla. Amitriptyliinin optimaalinen annos neurogeenisen tulehduksen hoidossa on 50 (–100) mg iltaisin.

Nortriptyliini on usein amitriptyliiniä paremmin siedetty, koska se ei aiheuta väsymystä. Tavoiteannos on 50 mg aamulla tai kahdesti vuorokaudessa. Jos lääkitykseltä toivotaan voimakkaampaa sedatiivista vaikutusta, voidaan vaihtoehtoisesti käyttää doksepiinia 10–25 mg iltaisin.

Kaikkien trisyklisten lääkkeiden käyttö on syytä aloittaa pienellä 10 mg:n vuorokausiannoksella ja suurentaa annosta hitaasti viikoittain 10 mg:n erin tavoiteannokseen. Muutoin hoitomyöntyvyys voi jäädä huonoksi haittavaikutusten takia. Potilaalle on syytä kertoa lääkkeen vaikutusmekanismista, haittavaikutuksista ja siitä, että vaste ilmaantuu yleensä vasta usean viikon säännöllisen käytön jälkeen.

Jostain syystä kroonisen kivun lääkkeitä laajasti käytettävät epilepsialääkkeet (gabapentiini, pregabaliini) tuntuvat tehoavan melko huonosti kroonisen lantion kipuun.

Eturauhasen liikakasvuun käytettävät lääkkeet

Alfasalpaajien teho eturauhasen liikakasvuun aiheuttamien oireiden hoidossa perustuu niiden kykyyn rentouttaa

sileää lihasta virtsarakon kaulassa ja eturauhasessa, minkä seurauksena virtsaamisen virtausvastus pienenee. Samalla mekanismilla niiden voidaan olettaa lievittävän eturauhastulehduksen oireita, sillä virtausvastuksen pienentyessä vähenee myös virtsan takaisinvirtaus eturauhastiehyisiin. Toinen mahdollinen vaikutusmekanismi voi olla sileän lihaksen rentoutumiseen liittyvä kudospaineen väheneminen, jonka seurauksena kudoksen verenkierto ja happeutuminen saattavat parantua. Alfasalpaajien vaikutuksesta kroonisen eturauhastulehduksen oireisiin on julkaistu useita kontrolloituja tutkimuksia.

Finasteridi ja dutasteridi estävät testosteronin muuttumisen dihydrotestosteroniksi eturauhaskudoksessa, minkä seurauksena eturauhanen pienenee. Eturauhasen koon pienentyminen vähentää virtsaamisen virtausvastusta ja mahdollisesti myös takaisinvirtausta eturauhaseen. Eturauhasta pienentävien lääkkeiden on todettu lievittävän kroonisen eturauhastulehduksen oireita erityisesti, jos eturauhanen on suurentunut. ●

KIRJALLISUUTTA

- Franco JVA, ym. Interventions for treating chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome (Protocol). Cochrane Database of Systematic Reviews 2016; 8. Art. No.: CD012320.
- Leskinen MJ. Eturauhasen kiputilat – miehen krooninen lantiokipu. Duodecim 2011; 127: 607–14.
- Shoskes DA, ym. Phenotypically directed multimodal therapy for chronic prostatitis/chronic pelvic pain syndrome: a prospective study using UPOINT. Urology 2010; 75: 1249–53.

